

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 114

LES CRISES AIGÜES FÉBRILES
DANS LA
NÉCROBIOSE DES FIBROMES UTÉRINS

THESE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Juillet 1925

PAR

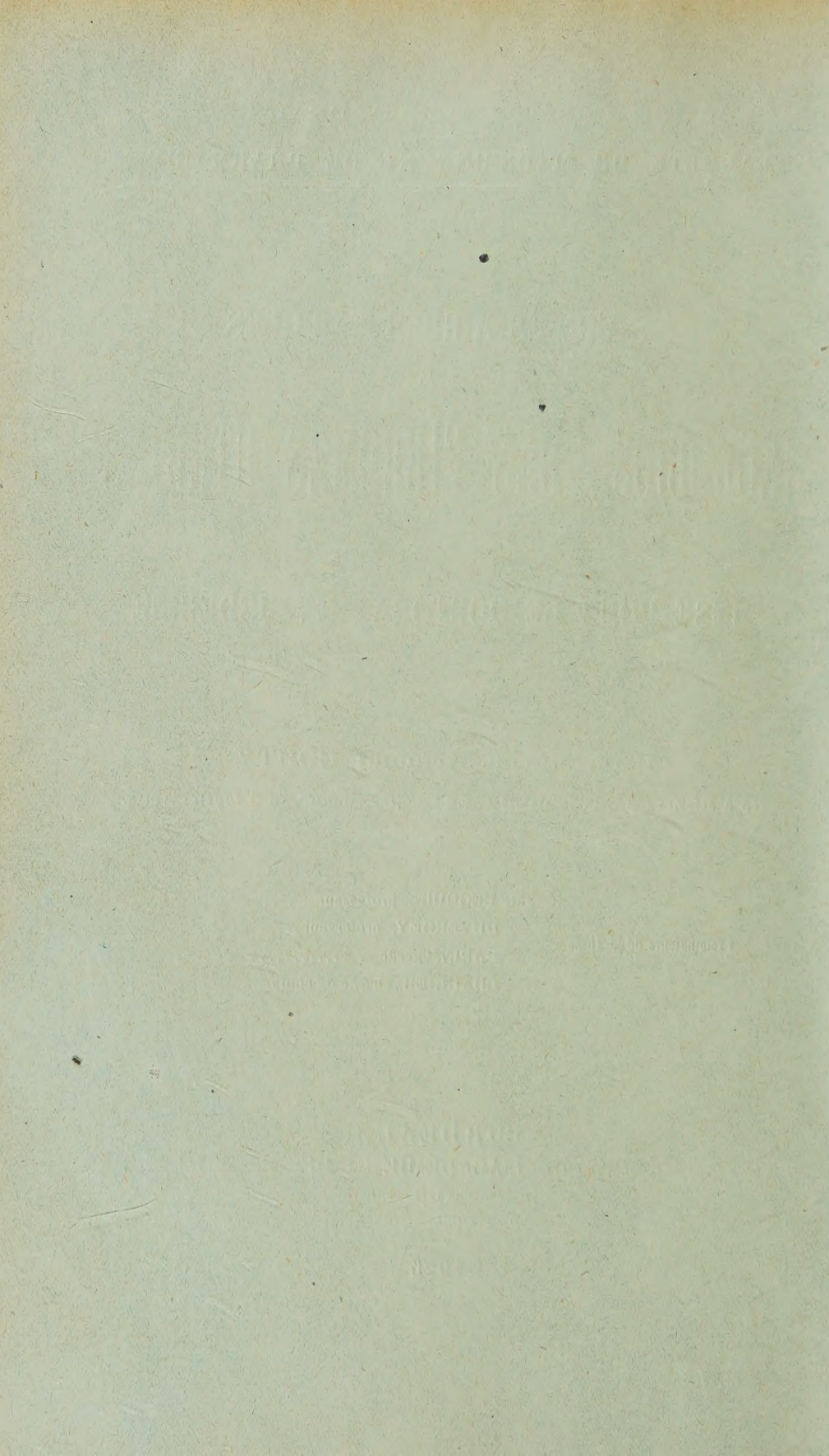
Léon-Marius-Armand COUTY

Né à ROZIER-S-SAIN-T-GEORGES (Haute-Vienne), le 6 février 1895.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur	{ <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		CHARRIER, chargé de cours..	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925





Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 114

LES CRISES AIGÜES FÉBRILES
DANS LA
NÉCROBIOSE DES FIBROMES UTÉRINS

THESE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Juillet 1925

PAR

Léon-Marius-Armand COUTY

Né à ROZIER-SAINTE-GEORGES (Haute-Vienne), le 6 février 1895.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur... ..	{ <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		CHARRIER, chargé de cours..	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale.....	Zoologie et parasitologie.....
id.....	Médecine expérimentale.....
Clinique chirurgicale.....	Clinique ophtalmologique.....
id.....	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....
Pathologie et thérapeutique générales.....	Clinique gynécologique.....
Clinique d'accouchements.....	Clinique médicale des maladies des enfants.....
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	Chimie biologique et médicale.....
Anatomie.....	Physique pharmaceutique.....
Anatomie générale et histologie.....	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....
Physiologie.....	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Hygiène.....	Clinique des maladies des voies urinaires.....
Médecine légale et déontologie.....	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....
Chimie.....	Toxicologie et hygiène appliquée.....
Botanique et matière médicale.....	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....
Pharmacie.....	

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie et embryologie.....	Médecine générale.....
Histologie.....	id.....
Physiologie.....	Maladies mentales.....
Anatomie pathologique.....	Chirurgie générale.....
Parasitologie et sciences naturelles.....	id.....
id.....	id.....
Physique biologique et médicale.....	id.....
Chimie biologique et médicale.....	Obstétrique.....
Médecine générale.....	id.....
id.....	Ophtalmologie.....
id.....	Oto-rhino-laryngologie.....
id.....	Pharmacie.....

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire.....	Puériculture.....
Médecine opératoire.....	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....
Accouchements.....	Chimie pharmaceutique.....
Ophtalmologie.....	Chimie minérale.....

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes..... MM. ROCHER.
Pathologie externe (4^e année) et petite chirurgie..... CHARRIER.
Pathologie externe (3^e année) et petite chirurgie..... LOUBAT.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

En souvenir et en reconnaissance de sa
grande bonté et de son amour pour moi.

A MON PÈRE

En témoignage de mon amour filial.

A MA SOEUR

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES
DE LA 3^e COMPAGNIE DE MITRAILLEUSES
DU 50^e RÉGIMENT D'INFANTERIE
MORTS AU CHAMP D'HONNEUR (1915-1918)

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR PÉRIGORD

Médecin honoraire des hospices de Limoges.

Mon premier et excellent maître.

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. LOUBAT

*Chargé du cours complémentaire de pathologie externe et de petite chirurgie,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

Qui nous a donné le sujet de notre thèse
et guidé dans nos travaux.
Témoignage de notre vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAURICE CREYX

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Médecin des Hôpitaux,
Croix de guerre.*

En reconnaissance de ses excellents soins
prodigués pendant une grave maladie.

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BÉGOUIN

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Témoignage de notre reconnaissance et
de notre admiration.

LES CRISES AIGUËS FÉBRILES

DANS LA

NÉCROBIOSE DES FIBROMES UTÉRINS

INTRODUCTION

L'étude clinique de la nécrobiose des fibromes utérins, quoique de notion récente, et peu relatée encore dans les ouvrages modernes, comporte la description d'un type bien net, que les travaux de Freund, Chavannaz et Nadal, Bégouin, Gambier, Lecène, Tédénat, Barbouth, Bardou (pour ne citer que les principaux) ont, en quelque sorte, rendu classique.

Gambier, dans sa thèse (1908), en a donné un bon tableau.

Trois ordres de symptômes caractérisent la dégénérescence nécrobiotique classique : une douleur vive, ordinairement à début subit, localisée dans la région hypogastrique, s'irradiant plus ou moins, disparaissant plus ou moins rapidement, mais, en général, toujours facile à faire réapparaître par le toucher ou le palper; un changement de consistance du fibrome qui, de dur et ligneux, devient mou, rénitent, pseudo-fluctuant même; des modifications de l'état général portant sur le facies qui devient d'un jaune spécial, non point le « jaune paille » des cancéreux, ni celui des malades anémiées

par des fibromes très hémorragiques, mais un jaune sale « pain d'épice »; c'est la coloration des intoxiqués; enfin sur la température peu élevée, à exacerbation vespérale, atteignant parfois cependant 38.

La triade symptomatique n'est pas toujours au complet, et il existe des cas frustes dans lesquels les phénomènes réactionnels sont réduits au minimum, et il en est même qui constituent de véritables trouvailles d'autopsie.

Mais à côté de ces formes moyennes, de ces formes frustes à évolution torpide comportant un pronostic relativement bénin, il existe des cas rares, mais indiscutables, se révélant brusquement, d'une façon véritablement dramatique, où la température s'élève parfois d'emblée jusqu'à 40, où les douleurs sont portées au maximum, ainsi que les phénomènes péritonéaux.

C'est cette forme suraiguë de la nécrobiose des fibromes utérins, d'un diagnostic difficile, qui va faire l'objet de notre travail basé sur 13 observations.

Notre premier chapitre sera consacré en premier lieu à la définition brève de la nécrobiose : ceci pour éviter toute confusion avec la gangrène vraie des fibromes; en second lieu, à une rapide description anatomique de ces tumeurs.

Après l'historique, nous décrirons les symptômes cliniques avec leur pronostic, et nous émettrons quelques hypothèses pathogéniques. Nous en serons ensuite amené à parler des difficultés du diagnostic et du traitement qui formeront le dernier chapitre.

DEFINITION DE LA NECROBIOSE

ASPECT ANATOMIQUE

D'après Roger, « La nécrobiose est la mortification d'une partie plus ou moins considérable des tissus vivants sans l'intervention des microbes pathogènes; c'est une cessation brusque des échanges nutritifs des cellules qui périssent ainsi sur place et disparaissent par voie de dégénérescence graisseuse ».

Elle doit donc être complètement séparée de la gangrène vraie, septique, qui est un processus essentiellement microbien, soit « in vivo », soit dans les tissus déjà mortifiés. Nous pouvons ajouter que les tissus en nécrobiose, comme ceux du cerveau, du rein, de la rate, à la suite d'infarctus, sont relativement tolérés par les parties vivantes voisines, qui leur fournissent parfois les éléments nécessaires à une sorte de vitalité obscure.

Pour ce qui est des fibromes utérins, la deuxième variété de gangrène, gangrène septique, est très fréquente dans les polypes fibreux et les fibromes sous-muqueux. Elle s'explique aisément en raison de la pénétration facile des microbes saprophytes de la cavité utérine. La première variété de gangrène, gangrène aseptique ou nécrobiose, est plus fréquente dans les fibromes interstitiels non exposés, les seuls que nous aurons en vue dans notre étude.

Au point de vue anatomique, ces tumeurs se présentent, la plupart du temps, entourées d'une capsule plus ou moins épaisse les isolant du reste du tissu utérin demeuré sain. Elles sont en général volumineuses, pouvant atteindre le volume

d'un fœtus à terme (observation Demons et Bégouin), englobant parfois la totalité du fibrome.

Elles revêtent deux aspects différents, tantôt la forme décrite par les auteurs sous le nom de « myomes rouges », « red degeneration » des Anglais. Dans ce cas, le tissu néoplasique de consistance ferme est pulpeux, infiltré de sang; sa coloration est d'un violet foncé; c'est l'aspect d'un infarctus hémorragique récent; tantôt elles se présentent sous forme de masses de consistance molle, à odeur spéciale de poisson fait, de coloration toute particulière, hortensia, lie de vin dans la majorité des cas, parfois verdâtre, mêlée de jaune et de brun, souvent creusées à leur centre de cavités contenant un liquide puriforme.

Quoiqu'il en soit, il s'agit d'un tissu mortifié, ou en voie de mortification, dans lequel les échanges nutritifs ont pris fin, entouré d'une capsule fibreuse qui l'isole du tissu utérin vivant, et où on ne retrouve la présence d'aucun germe microbien, d'aucune réaction inflammatoire histologiquement décevable.

HISTORIQUE

Nous n'aurons naturellement en vue, dans ce chapitre, que l'historique de la nécrobiose à forme clinique aiguë.

En 1905, MM. Demons et Bégouin rapportent à la Société de gynécologie de Bordeaux une observation d'un cas de nécrobiose ayant déterminé des accidents aigus très sérieux. En 1907, Mlle Mitchnik-Eprhussi, dans sa thèse, parle d'accidents péritonéaux possibles dans la nécrobiose des fibromes utérins. Chavannaz et Nadal relatent, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1910, qu'il peut se produire des accidents graves dans le sphacèle aseptique des myomes, mais ne s'étendent pas sur le sujet. Lecène, en 1911, dans une publication aux *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, après un remarquable exposé de la nécrobiose, admet lui aussi la possibilité d'accidents péritonéaux, et cite une observation que nous avons rapportée ici. Barbier, dans sa thèse 1919-1920, admet une nécrobiose brusque au cours de la grossesse, avec douleurs violentes et réaction péritonéale. En 1921, Tédénat et Tzelepoglou décrivent également, au cours de l'évolution des myomes rouges, des douleurs extrêmement violentes s'accompagnant d'un tableau infectieux. Dans la même année, Guggisberg, de Berne, relate des accidents à peu près pareils, au cours de la grossesse. Bégouin, en 1922, pense qu'une fois le mode de début de la nécrobiose plus connu, le diagnostic en sera fait plus souvent. Fiolle, de Marseille, également en 1922, attribue les hautes températures dans la nécrobiose à la mort en masse de la tumeur; et Maurice Leroux, dans sa thèse (1923), s'étend assez longuement sur les manifestations

péritonéales qu'engendre la nécrobiose au cours de la grossesse.

Quoiqu'il en soit, nous sommes persuadé que les observations de ce type clinique de sphacèle aseptique, extrêmement rares dans la littérature médicale, le sont beaucoup moins dans la pratique de tous les jours, et, si des cas de ce genre sont rarement relatés, c'est qu'ils sont rapportés à d'autres causes, ou peu connus.

SYMPTOMATOLOGIE. — PRONOSTIC

La nécrobiose des fibromes se traduit habituellement par la triade symptomatique suivante : 1° une douleur toujours vive; 2° une augmentation du volume de la tumeur coïncidant avec une diminution de sa consistance; 3° une altération de l'état général (Bégouin). On a décrit des cas frustes, des cas moyens classiques, et des cas avec crises aiguës fébriles. C'est surtout cette dernière forme clinique que nous aurons en vue dans cette étude.

Dix de nos observations se rapportent entièrement à ce dernier type; dans les trois autres, les phénomènes douloureux ont été très marqués, mais tantôt la température n'était pas signalée (Obs. 5 et 11), tantôt la réaction fébrile était modérée (Obs. 3).

Voici comment se déroulent les accidents. La maladie débute parfois par des phénomènes aigus; cependant, la plupart des malades portent depuis un temps plus ou moins long (un à deux ans) une tumeur abdominale assez volumineuse, dure, mobile, non douloureuse, leurs règles sont habituellement plus abondantes, si bien que parfois le diagnostic de fibrome utérin a pu être posé. Puis subitement apparaissent des symptômes inquiétants : douleurs vives dans le bas-ventre obligeant la malade à se torturer, vomissements, ballonnement du ventre, parfois arrêt des matières et des gaz, tous signes d'une inflammation péritonéale assez vive. Comme le début se fait parfois au moment d'une époque menstruelle, il peut se produire des pertes importantes, parfois même de véritables hémorragies anémiant la malade. Ces phénomènes ne se produisent guère

que dans les myomes vasculaires, « myomes rouges » des auteurs. Dans ce cas, on est parfois amené à intervenir d'urgence, comme dans une observation de Fiolle (Obs. 8) et un cas que nous a signalé M. le docteur Roche, de Bordeaux, qui pratiqua la laparotomie chez une femme complètement exsangue à la suite de pertes considérables en pleine période fébrile, et découvrit un myome rouge classique. Malheureusement nous n'avons pu rapporter l'observation.

L'altération de l'état général se manifeste d'abord par une température élevée, qui va suivant les cas de 38°5 à 39°, à 39°5 et 40° (Obs. 10 et 4). Elle ne s'accompagne pas de frissons; la langue est rarement sale; mais le teint est habituellement très altéré, jaunâtre, non ictérique toutefois.

Les accidents aigus persistent plus ou moins longtemps (une dizaine de jours au moins dans nos observations); cependant, ils sont moins marqués qu'au début. La réaction péritonéale est la manifestation qui se dissipe le plus vite; le météorisme diminue, les gaz circulent plus facilement, le ventre redevient souple en dehors de la tumeur (Obs. 1). Celle-ci, au contraire, très douloureuse d'emblée, reste longtemps sensible au palper. Le teint jaunâtre persiste, et la température ne décroît que lentement.

Au bout de trois semaines, en général, l'accalmie est complète. Il persiste toujours pourtant un peu de sensibilité de la tumeur, une légère élévation thermique de quelques dixièmes de degré; la malade qui est bien se sent encore un peu fatiguée, et son teint n'est pas encore normal.

Que deviennent ces malades abandonnées à elles-mêmes? Il est difficile de répondre dans la généralité des cas, car, pour la plupart, elles sont opérées peu après la fin de la crise. Cependant la malade de l'observation 9 n'a été opérée que six mois après.

La crise aussi violente est habituellement unique. Quand elle est moins vive, elle peut se reproduire. C'est le cas de la malade de l'observation 3, qui, en deux ans, avait eu huit ou dix crises de ce genre, l'obligeant parfois à garder le lit

et présentant ceci de particulier, noté par la patiente, c'est que la tumeur grossissait au moment de la période douloureuse, pour diminuer ensuite.

Ces quelques faits montrent qu'après la vive réaction du début, l'organisme atteint entre dans une phase de tolérance relative, où les phénomènes d'intoxication très atténués, et que nous avons déjà notés, rappellent les formes frustes de sphacèle bien décrites par Freund.

D'autre part, il paraît évident qu'une certaine relation existe entre ces accidents aigus et le volume des fibromes. Dans toutes nos observations, nous notons des tumeurs volumineuses, allant de la grosseur d'une tête de fœtus à celle d'un adulte, atteignant même le volume d'un fœtus à terme (Obs. 12). Deux fois seulement, nous relevons un noyau fibromateux relativement petit, du volume d'une orange (Obs. 10), du volume du poing (Obs. 5).

De ces quelques constatations, on peut conclure que le pronostic des fibromes en nécrobiose avec crises aiguës fébriles n'est pas particulièrement grave, et qu'une fois ces accidents habituellement passagers disparus, tout semble ensuite se passer comme dans le fibrome nécrobiosé à manifestations frustes. Il est à noter cependant qu'en cas de grossesse l'avortement peut s'ensuivre.

PATHOGENIE

Puisque l'infection est absolument étrangère à la transformation nécrobiotique des myomes, à quoi donc attribuer ces accidents si graves et si dramatiques?

Pour ce qui est des formes frustes de sphacèle, la plupart des auteurs admettent que la symptomatologie dérive de phénomènes de résorption toxique.

Comme dit Lecène « c'est là un exemple de cette fièvre aseptique de résorption aujourd'hui bien connue; les épanchements sanguins notables en voie de résorption, les tissus contusionnés et mortifiés aseptiquement, les injections aseptiques d'albumines hétérogènes (sérum) peuvent donner naissance à des accidents fébriles, d'ailleurs légers et passagers, sans modification du pouls, sans atteinte sérieuse de l'organisme. Il est probable que dans le cas particulier des fibromes nécrobiosés « lie de vin », cette fièvre modérée, lorsqu'elle existe, reconnaît justement comme cause la résorption du sang extravasé et des déchets cellulaires provenant du tissu atteint de nécrobiose aseptique; néanmoins, et j'insiste sur ce point, le fibrome peut se nécrobioser sans donner naissance à des accidents particulièrement notables ».

- Pour ce qui est des formes aiguës qui nous intéressent, il est logique de penser avec Fiolle qu'une résorption massive des produits nécrobiosés explique les phénomènes morbides, d'autant plus que, dans les quelques cas que nous rapportons ici, il s'agit presque toujours de fibromes volumineux, nécrosés en entier.

Cependant, en nous rapportant aux travaux de Roger sur

les gangrènes, nous nous hasarderons à émettre quelques hypothèses.

Chauveau, dans sa célèbre expérience du bistournage du béliér, avait déjà reproduit expérimentalement le processus de la nécrobiose. Par la torsion sous-cutanée du cordon testiculaire, qu'on peut opérer facilement avec la main seule, et sans aucune éraillure de la peau, on arrête complètement et définitivement la circulation dans l'artère spermatique; l'ischémie du testicule en est la conséquence; cet organe est condamné à mort. Au contraire, l'enveloppe scrotale continue à être irriguée par l'artère honteuse externe, non comprise dans la torsion. Ces parties enveloppantes conservent toute leur vitalité, et protègent le testicule contre les influences extérieures. Cette opération est donc aseptique, et dans les conditions ordinaires apyrétique.

Or Roger, pour prouver l'existence de la fièvre aseptique, reprit l'expérience de Chauveau en la modifiant. Il jette une ligature massive sur les deux cordons. La nécrobiose se produit rapidement. Puis au bout de cinq à six jours, il relâche la ligature; la circulation se rétablit dans quelques petits territoires, les substances pyrétogènes fabriquées par les cellules en voie de mortification sont résorbées, et la température brusquement s'élève de deux degrés.

Dès lors, si nous considérons notre fibrome sphacélé, nous sommes frappé de l'analogie avec le testicule « bistourné ». De même que ce dernier, privé d'apport sanguin artériel, est entouré de son sac dartoïque vivant qui le protège des influences extérieures, de même le noyau fibreux est séparé par sa capsule du tissu utérin vivant.

Supposons qu'à un moment donné la circulation s'arrête complètement (soit, par exemple, à la suite de thrombose d'une artère unique à caractère terminal l'irriguant (Bégouin), soit par suite d'un véritable étranglement par sa capsule, soit par tout autre mécanisme), et qu'au bout de quelque temps, avant que la mortification ne soit totale, elle se rétablisse par petits territoires, il y aura absorption brusque des produits de né-

crose, et la température pourra s'élever à 40. Cette hypothèse est d'autant plus plausible, qu'au dire de Roger, Gangolphe a publié deux observations de gangrène sèche par oblitération artérielle non infectée, où les malades avaient présenté une hyperthermie durable dépassant 40°. On pourrait, du même coup, expliquer pourquoi certains fibromes nécrobiosés en entier n'ont donné lieu à aucune manifestation clinique. Il s'agirait alors d'une mortification totale, consécutive à une ischémie complète, abolissant toute circulation de retour, empêchant toute absorption de produits sphacélés.

D'autre part, dans le voisinage immédiat du foyer de nécrose, la séreuse péritonéale si richement vascularisée, va de toute évidence participer au travail de résorption, et en tenant compte de son innervation extrêmement riche, de son exquise sensibilité, on s'explique aisément les symptômes bruyants qui vont se produire, symptômes douloureux et symptômes de paralysie intestinale, météorisme, vomissements, arrêt des matières et des gaz, enfin phénomènes d'ordre réflexe, dyspnée, accélération du pouls.

Ainsi donc, les douleurs violentes qui accompagnent ces crises aiguës seraient vraisemblablement dues à la réaction du péritoine; elles différencieraient donc nettement des douleurs sourdes, et continues du sphacèle latent, attribuées, par la plupart des auteurs, à l'hypertension intracapsulaire, que la nécrose occasionne au niveau de la tumeur.

Quant aux hémorragies qui surviennent parfois dans ces cas, elles ne se produisent que dans les « myomes rouges », et sont peut-être sous la dépendance d'infarctus massifs.

En résumé, il est probable que les manifestations cliniques aiguës au cours de la nécrobiose des fibromes sont sous la dépendance d'une mortification rapide, avec résorption brusque des produits de désintégration cellulaire du tissu myomateux.

DIAGNOSTIC. — TRAITEMENT

Les crises aiguës fébriles, au début ou au cours de la nécrobiose des fibromes, ne sont pas sans alarmer le médecin, ni sans lui donner lieu d'exercer sa sagacité.

Le diagnostic est en effet relativement facile, quand l'existence préalablement reconnue d'un fibrome vient limiter le champ des hypothèses. On peut alors songer à une crise aiguë abdominale intercurrente à un « abdomen aigu », à une péritonite, comme dans l'observation XII, mais il est plus logique de rapporter au fibrome l'origine des accidents, aussi pense-t-on habituellement, soit à l'infection ou à la suppuration, soit au sphacèle aseptique.

Il semble que, si l'on n'ignore pas la possibilité d'accidents fébriles aigus dans la nécrobiose, on puisse penser à cette complication, et éliminer ainsi la suppuration, la gangrène septique surtout fréquente dans les fibromes exposés, et qui s'accompagne de pertes putrides. C'est ainsi que le diagnostic a pu être posé dans quatre de nos observations (Obs. I, II, IV, XII).

Si le fibrome n'est pas reconnu, et si l'examen présente des difficultés, en raison des phénomènes douloureux, on peut le confondre avec une tumeur non utérine, un kyste de l'ovaire par exemple. La consistance un peu molle de certains fibromes rend explicable un tel diagnostic, et dans ce cas, il est alors logique de rapporter à la torsion du pédicule de ce kyste les accidents aigus constatés. Dans nos observations ce diagnostic a été porté cinq fois sur treize. Une fois même, on

a diagnostiqué une appendicite (Obs. VI). Fiolle pense qu'il faut également songer à l'annexite (Obs. IX).

Quand il existe en même temps une grossesse, le problème est plus complexe. Cependant on sera toujours guidé par la notion de la grande fréquence de la transformation nécrobiotique des myomes chez les femmes enceintes.

Quel traitement appliquer à ces crises fébriles dans le sphacèle aseptique?

Il est bien entendu d'abord, que le seul traitement logique d'un fibrome nécrobiosé est l'extirpation chirurgicale; il ne peut être question ici de radiations. Rarement, on pratiquera la myomectomie simple, réservée aux nodules fibreux pédiculés, ou aux tumeurs compliquant la grossesse. Elle est d'ailleurs possible, puisqu'il s'agit d'une tumeur non infectée. C'est l'hystérectomie abdominale subtotale qui est ici de mise.

Dans le cas qui nous concerne, le problème est le suivant : Faut-il opérer le plus tôt possible « à chaud », dès que le diagnostic est porté, ou bien vaut-il mieux attendre que les accidents aigus, que nous savons devoir être passagers en général, soient calmés. Dans ces cas, on pourrait opérer sur des malades moins fatiguées, et sans doute plus résistantes.

L'examen de nos observations montre qu'une seule fois (Obs. 8) cette hystérectomie a été faite à chaud (cette opérée de Fiolle a guéri), et qu'une autre fois (Obs. 7), c'est la myomectomie qui fut pratiquée avec succès en pleine crise, au cours de la grossesse. Onze fois au contraire, l'opération a été pratiquée pendant une accalmie, quand l'apyrexie était obtenue depuis une semaine environ (Obs. 1, 4, 11, 12), ou après un délai plus long, un mois et demi (Obs. 10), six mois (Obs. 9), deux ans même (Obs. 3). Dix fois on a pratiqué l'hystérectomie; une fois la myomectomie qui n'interrompt pas une grossesse concomitante. Sur ces onze opérées « à froid », une seule est morte.

Il semble donc logique de conclure, que dans ces accidents aigus de sphacèle aseptique des myomes, il n'est pas indispensable de se hâter d'opérer. L'expérience montre que la

crise est passagère, qu'on peut attendre quelques jours en laissant la malade au repos, en appliquant de la glace sur l'abdomen. Presque toujours, les phénomènes aigus se calment, et l'opération (l'hystérectomie la plupart du temps) peut être effectuée après quelques jours d'apyrexie, avec de grandes chances de succès.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

E. LOUBAT, *Fibrome utérin en nécrobiose
avec accidents aigus d'allure grave.*

Mlle R., 39 ans. A toujours été réglée d'une façon normale; peut-être les pertes de sang sont-elles un peu plus abondantes depuis un an. Depuis la même époque, elle a constaté que la partie inférieure de l'abdomen était soulevée par une tuméfaction dure; elle ne s'en inquiète pas outre mesure, pas plus que d'une pollakiurie de plus en plus accentuée.

De bonne santé habituelle, infirmière bénévole très active sur le front français et au Maroc, elle a payé depuis trois ans son tribut à l'entérocélite chronique, avec alternative de constipation et de selles diarrhéiques graisseuses. Elle suit depuis le début un régime assez sévère et maigrit de façon continue.

Le 18 octobre 1923, au moment des règles, notre malade ressent une douleur plus violente que d'habitude.

Les pertes sanguines sont d'emblée abondantes, et à partir de ce moment les douleurs sont très vives; elles siègent à la partie inférieure de l'abdomen, et s'irradient dans le bassin. Le ventre se ballonne, l'arrêt des matières et des gaz est suivi de vomissements. Le médecin appelé constate la présence d'une tumeur abdomino-pelvienne dure et immobile, présentant tous les caractères d'un fibrome utérin. La température est de 39°4, le pouls est accéléré, le teint terreux.

Les accidents persistant, toujours aussi violents, nous sommes appelé à voir la malade en consultation. Nous constatons que c'est la

tumeur utérine du volume d'un melon, qui est surtout le siège des phénomènes douloureux. Le fibrome, bloqué au niveau du détroit supérieur, très dur, est douloureux dans toute sa masse. La palpation de l'abdomen au-dessus, éveille de la sensibilité, mais il n'existe pas cependant de défense appréciable de la paroi. Le météorisme n'existe plus, la malade émettant des gaz depuis vingt-quatre heures. Les pertes sanguines ont diminué.

Nous portons le diagnostic de fibrome utérin en voie de nécrobiose, et nous décidons d'attendre une accalmie pour opérer. Repos au lit, glace sur le ventre, lavements évacuateurs.

Les phénomènes aigus persistent pendant une dizaine de jours; ils décroissent ensuite peu à peu, mais l'apyrexie à peu près complète (37° 2) le matin, n'est atteinte que vers le 30 octobre.

C'est après les règles, le 18 novembre, que nous intervenons. Hystérectomie abdominale très simple. Le fibrome, qui paraissait fixé à l'examen clinique, était simplement enclavé dans le détroit supérieur qu'il emplissait exactement. Une légère traction put le libérer complètement, montrant un aplatissement très marqué du côlon sigmoïde à ce niveau, entre la tumeur et l'os.

Les suites furent parfaites, et la malade guérit sans accidents.

A la coupe de la tumeur, il existait un seul nodule fibromateux, présentant les altérations caractéristiques d'une nécrobiose massive, teinte variant du rouge lie de vin à la nuance feuille morte. L'examen histologique confirme le diagnostic de sphacèle aseptique.

OBSERVATION II (Inédite).

E. LOUBAT, *Fibrome utérin en nécrobiose avec accidents aigus.*

Mme P..., 44 ans, a toujours été bien portante jusqu'à l'âge de 42 ans. Une seule grossesse menée à bien il y a dix-sept ans.

Les règles ont été normales pendant longtemps, mais depuis deux ans elles sont devenues plus abondantes, prolongées même à la fin, pendant que le ventre augmentait régulièrement de volume. La malade maigrissait légèrement, mais comme elle ne souffrait pas, elle ne consulta pas de médecin.

Vers le 25 octobre 1924, au moment des règles, Mme P... éprouve assez brusquement des douleurs vives dans le ventre, accompagnées de vomissements. Le sang coule abondamment, en véritables hémorragies, si bien que l'entourage affolé fait appel au médecin, qui constate la présence d'un volumineux fibrome. La température oscille entre 39° et 39°8. Il y a de la constipation, mais les gaz sont émis assez facilement. Les troubles s'accroissent pendant quelques jours; nous voyons la malade en consultation le 1^{er} novembre.

Le 1^{er} novembre, la malade est très anémiée par les hémorragies abondantes, son teint est pâle mais aussi jaunâtre, la langue est sèche. Le ventre est douloureux dans son ensemble, il est déformé par l'existence d'une volumineuse tumeur occupant toute la partie inférieure de l'abdomen, et débordant l'ombilic de deux travers de doigt. La tumeur régulière, dure, mobilisable, douloureuse à la palpation, présente les caractères d'un fibrome utérin. A noter que si le ventre est douloureux dans l'ensemble, la palpation des parties non soulevées par la tumeur est possible; il n'y a pas de défense musculaire appréciable, pas de météorisme.

Avec notre confrère, nous portons le diagnostic de fibrome utérin en voie de nécrobiose probable, et devant l'état général assez touché de cette malade, nous décidons d'attendre si possible la défervescence pour l'opérer dans de meilleures conditions. Sous l'influence de la glace, de l'ergotine, du repos et du régime léger, les accidents se calment peu à peu, si bien que l'apyrexie était atteinte vers le 18 novembre (température vespérale 37°2 à 37°4 cependant).

Opération le 26 novembre 1924, un mois environ après le début des accidents. Hystérectomie abdominale subtotalaire très simple dont les suites opératoires furent parfaites. La malade rentrait chez elle au bout de trois semaines. La température est redevenue vite normale depuis. L'état général s'est relevé très vite.

L'utérus enlevé était libre de toute adhérence, il portait un seul noyau fibromateux, très volumineux, de la grosseur d'une tête d'adulte, et en état de nécrobiose avancée. A la coupe, la tumeur, molle, un peu diffluite, présente une teinte jaunâtre par places, lie de vin ou hortensia en d'autres, certains points sont œdémateux. La nécrobiose, vérifiée par l'examen histologique, frappe tout le nodule. Le reste de l'utérus n'est pas altéré.

OBSERVATION III (résumée).

BÉGOUIN (Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 27 décembre 1921).

Le 28 novembre 1921, entrail dans mon service de clinique du Tondu, une ménagère, Mme L..., 43 ans, pour une tumeur douloureuse du bas-ventre. Celle-ci était pelvi-abdominale, atteignait presque l'ombilic, et semblait dépendre de l'utérus. Elle était molle, fluctuante, ou plutôt pseudo-fluctuante, et douloureuse à la pression, L'hystérométrie était impossible. La première idée était qu'il s'agissait d'un fibrome mou, et cette mollesse jointe à la douleur spontanée et provoquée au niveau de la tumeur, et à la fièvre du soir, 37°6, 38°, faisait penser à une complication de sphacèle aseptique. Mais les règles avaient toujours été peu abondantes et de peu de durée; la malade accusait seulement deux petites hémorragies intercalaires dans le courant de la dernière année. Puis elle était très affirmative sur la naissance, cinq ans plus tôt, de la tumeur dans la fosse iliaque gauche, et non sur la ligne médiane. En outre, elle décrivait très nettement, qu'en dehors de la douleur sourde presque continuelle, qu'elle éprouvait au niveau de sa tumeur, elle avait été prise, huit ou dix fois depuis deux ans, de crises douloureuses aiguës du bas-ventre, qui survenaient brusquement et l'obligeaient à se tordre et à se coucher. Les unes avaient duré deux, trois heures, les autres 2 jours. L'une l'avait maintenue 8 jours au lit avec de la fièvre. Pendant les crises, la tumeur devenait plus grosse, nous disait-elle, et elle diminuait ensuite.

En face de ces crises douloureuses si analogues à celles de torsion pédiculaire des kystes de l'ovaire, de la naissance latérale de la tumeur cinq ans plus tôt, de sa mollesse actuelle, qui donnait une impression de fluctuation, enfin, de l'absence de toute ménorrhagie et sans renseignement d'hystérométrie, je ne portai pas de diagnostic ferme, mais je penchai pour un kyste de l'ovaire à pédicule tordu et devenu adhérent à l'utérus.

La laparotomie faite le 9 décembre montra qu'il s'agissait d'un fibrome. Je fis l'hystérectomie. Voici la pièce, et vous voyez que le gros noyau fibromateux qui constitue la tumeur, est en état de sphacèle aseptique gris ardoisé.

Ce sont ces crises douloureuses aiguës, du type de crises de torsion périculaire, qui m'ont surtout fait pencher pour le diagnostic de kyste de l'ovaire.

OBSERVATION IV.

LOUBAT, MANGÉ et BERNARD, *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Paris, 1924.

L'histoire est classique. Une femme de 48 ans, portant depuis longtemps, un gros fibrome dur et indolore, a présenté des accidents douloureux à début subit dans tout le bas-ventre, s'accompagnant d'accidents péritonéaux nets, et d'une importante élévation thermique. La tumeur, jusque-là peu gênante, est devenue douloureuse, et bientôt des métrorragies surviennent. Nous voyons la malade en période aiguë, avec température à 40°, et nous conseillons d'attendre la disparition des phénomènes aigus pour intervenir.

Un mois et demi après, nous pratiquons dans de bonnes conditions l'hystérectomie abdominale subtotale. (Les suites au 15^e jour sont normales).

Voici la pièce enlevée; à la coupe, on constate que le fibrome, du volume d'une tête d'adulte, présente des lésions éclatantes de nécrobiose au stade dit de « dégénérescence rouge ». Cette nécrobiose massive, d'ordre nutritif, ne présente aucun signe d'infection; mais il semble que cette infection n'aurait pas tardé à se produire, puisque le fibrome n'était plus isolé de l'extérieur en tous ses points, par sa coque fibreuse. En effet, en ouvrant la cavité utérine par sa face antérieure, on constate que le fibrome, qui a refoulé l'utérus en avant, a usé ou rompu sa coque et la muqueuse, en un joint de la paroi postérieure de la cavité utérine.

Il existe là une perforation arrondie, à bords nets, de la dimension d'une pièce de cinq francs, par où le fibrome mortifié communique avec la cavité utérine, tranchant par sa coloration brun noirâtre sur le gris blanc de la muqueuse environnante.

Il y avait donc là des conditions suffisantes pour que la gangrène plus ou moins putride vienne compliquer la nécrobiose simple, causant l'infection de la tumeur déjà mortifiée, par des microbes provenant de la cavité utérine.

On pourrait disserter sur le point de savoir si cette solution de continuité de la muqueuse utérine existait avant la nécrobiose, ou si elle lui est secondaire, si dans le premier cas elle a pu jouer un rôle dans la genèse de cette mortification; mais on serait réduit à émettre des hypothèses; aussi préférons-nous constater simplement le fait anatomique.

Examen histologique. — L'examen histologique pratiqué par M. le docteur Piéchaud, chef de laboratoire à l'hôpital Bel-Air, a confirmé le diagnostic de sphacèle aseptique du fibromyome, qui a perdu toute affinité pour les colorants nucléaires.

OBSERVATION V.

Thorn Munchn Medicin Woschensch (août 1905).

Femme de 37 ans 1/2. Mariée depuis un an. Traitée en 1903 pour dysménorrhée, antéflexion de l'utérus un peu gros. Dernières règles 24 juin 1903. Dans la nuit du 25 octobre, surviennent des douleurs dans le ventre subites et violentes, des vomissements. Elle sentait bien, depuis trois semaines, dans le bas-ventre, un corps dur et mobile, mais n'en avait pas souffert.

Le 27, abdomen enflé, sensible. Au-devant de la corne gauche d'un utérus gravide au 4^e mois, se trouve adhérent à la paroi abdominale une tumeur à peu près grosse comme le poing, extrêmement sensible. Vu les antécédents banaux, on pense à la torsion d'une tumeur de l'ovaire gauche.

Laparotomie. — Légère péritonite récente. On libère des adhérences intestinales à la paroi abdominale et au fond utérin.

Tumeur violacée grosse comme le poing; large myome siégeant à la paroi antérieure de l'utérus, au-dessus de la corne gauche. On l'énuclée profondément; on résèque sa surface d'implantation, et après hémostase on suture au catgut en plusieurs étages. A droite de ce myome, vers la vessie, un autre petit myome gros comme un pois; sur la corne droite, un troisième, gros comme une amande, tous deux sous-séreux; on les énuclée; annexes saines.

Guérison. — Accouchement à terme. Enfant vivant. Suites normales. Après involution, l'utérus a sa forme normale.

Le myome est très vasculaire avec nécrose centrale.

OBSERVATION VI.

F. LEGUEU, Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris,
8 mai 1911. — *Péritonite provoquée par un fibrome au cours d'une grossesse.*

J'ai eu l'occasion d'observer récemment une femme âgée de 42 ans, ayant un retard de règles de deux mois, présentant une réaction péritonéale avec fièvre à 38°5, ayant débuté trois jours auparavant par une douleur abdominale à droite, survenue brusquement après dîner et suivie de vomissements. Le diagnostic porté avait été primitivement d'appendicite.

Lorsque j'examinai cette femme, je trouvai un bon facies, le pouls battant à 80, mais un ventre ballonné, et si uniformément tendu, que le toucher combiné à la palpation ne put me permettre un diagnostic précis.

Après examen sous chloroforme, je fis le diagnostic de fibrome avec grossesse probable, accompagné d'une péritonite de cause indéterminée.

La laparotomie pratiquée à froid et suivie d'une hystérectomie subtotale montre qu'il s'agissait d'un long fibrome, coiffant le pôle supérieur d'un utérus gravide, et revêtu lui-même d'une coque d'adhérences épiploïques et intestinales.

Le point de départ de cette péritonite n'était pas dans une inflammation annexielle, les annexes étant macroscopiquement saines, et trop éloignées de la zone d'adhérences pour en être la cause. L'appendice était sain, si bien que je serais disposé à admettre que les lésions observées sont toutes sous la dépendance de modifications pathologiques du fibrome sous-jacent, qu'il m'est d'ailleurs impossible de préciser.

Au cours de la discussion qui suivit, M. Lepage fait ressortir l'avantage de l'examen sous chloroforme dans le cas de diagnostic difficile. Il a observé chez une femme enceinte de

cinq mois et demi un fibrome sessile recouvert d'adhérences épiploïques; l'hystérectomie fut faite avec succès. Là encore il s'agissait d'une épiploïte localisée au fibrome.

M. Potocki estime que les fibromes peuvent donner lieu, sans appendicite, sans annexite concomitante, à des réactions péritonéales. Il a opéré une femme enceinte de sept mois, présentant un fibrome sessile sans aucune adhérence épiploïque, s'accompagnant simplement d'une péritonite locale avec douleur et fièvre. L'hémorragie causée par une tentative d'enucléation dut faire abandonner celle-ci; on referma le ventre, et l'accouchement eut lieu à terme.

OBSERVATION VII.

In thèse LEROUX, Paris 1923, Société d'Obstétrique
et de Gynécologie de Paris, 13 mars 1922.

Le 16 février 1922, une femme de 39 ans, n'ayant eu pour toute grossesse antérieure qu'un avortement de deux mois, dix-sept ans auparavant, est venue accoucher dans mon service, un peu avant terme, mettant au monde un enfant mâle de 2 kil. 700, bien constitué, suivi d'un placenta de 460 grammes, après un travail régulier d'une durée de 11 heures. Elle portait une cicatrice opératoire de laparotomie sous-ombilicale, résultant d'une intervention exécutée par le docteur Duchène, de Saint-Malo, qui nous a renvoyé la relation suivante.

Je vis Mme R..., pour la première fois, le 28 septembre 1924, vers 8 heures du matin. Enceinte de trois mois et demi, elle accusait des douleurs abdominales violentes, non accompagnées d'écoulements sanguins vaginaux. Ces douleurs l'avaient prise l'avant-veille, brutalement, vingt-quatre heures après un voyage sans incidents de Paris à Saint-Malo. La douleur, d'abord violente et généralisée, s'atténua un peu par le repos et tend à se localiser dans la fosse iliaque et l'hypocondre droit.

Le 28 septembre, date du premier examen, le ventre est ballonné, le poulx à 100 bien frappé, la langue blanche. Tous les liquides ingérés sont rejetés. Sous la peau de l'abdomen météorisé, on voit

se dessiner les anses intestinales, animées d'ondes péristaltiques. Dans la fosse iliaque droite, on sent une tumeur douloureuse, impossible à délimiter.

Depuis deux jours, il n'y a eu ni selles ni gaz par l'anus. Le toucher vaginal montre seulement un col mou et fermé; le toucher rectal ne donne rien. Le docteur fait le diagnostic de kyste de l'ovaire à pédicule tordu, avec grossesse et occlusion intestinale.

La femme est mise en observation. Dans la soirée du 28 septembre, après plusieurs lavements prudemment donnés, il y eut une selle. Le lendemain le ventre était un peu plus souple; on put constater une tumeur rénitente et douloureuse, occupant la fosse iliaque droite : température normale; pouls bien frappé.

Pendant quelques jours, la situation reste stationnaire; mais à partir du 20 octobre les phénomènes d'occlusion reparaissent, et une fièvre vespérale s'allume atteignant 38°5, 39°; la tumeur devient plus douloureuse. On pense à une suppuration du kyste; l'intervention est décidée et faite le 5 octobre.

Sous anesthésie à l'éther, laparotomie médiane sous-ombilicale. L'utérus gravide apparaît plus volumineux que pour trois mois et demi de gestation; il est un peu tordu à droite. La main peut le contourner entièrement à gauche, mais à droite, on trouve une anse grêle coudée à angle très aigu, et intimement adhérente à une tumeur sous-jacente. Après une libération prudente, on peut amener la tumeur, qui est un fibrome interstitiel assez volumineux, implanté près de la corne droite sur le bord de l'utérus. Il adhère dans la profondeur à une deuxième anse intestinale, coudée aussi, mais moins que la première. Une nouvelle libération est faite, et le fibrome apparaît isolé. Après quelques hésitations, le docteur Duchène pratique l'énucléation de cette tumeur, qui avait le volume de deux gros poings réunis.

Capitonnage de la loge, fermeture de la collerette péritonéo-musculaire qui lui sert d'ouverture, ce qui met fin à une hémorragie en nappe assez abondante. Ablation de deux petits fibromes pédiculés sur la face postérieure de l'utérus, dont l'un, du volume d'une grosse noix. Fermeture du ventre en trois plans sans drainage. Suites opératoires très simples; morphine les premiers jours. Aucun incident.

L'examen de la pièce a montré, au centre de la masse fibromateuse, une zone ramollie couleur lie de vin, en voie de mortification, du volume d'une grosse noix. On peut se demander si cette nécrobiose du fibrome n'a pas été la cause de l'élévation de la température constatée avant l'intervention, et qui ne s'est pas reproduite après.

OBSERVATION VIII.

J. FIOLE, Marseille (*Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie de Paris*, 1922).

Mme A..., 52 ans. Deux accouchements normaux. Règles normales jusqu'à quarante ans, puis ménorragies. Depuis deux mois, hémorragies plus fortes avec caillots. Anémie extrême, teint jaunâtre, fièvre; à l'examen, fibrome du volume d'une tête d'adulte régulier et lisse; pas de lésions annexielles.

La malade entre à la clinique le 10 juin 1921, pour y subir l'opération le plus tôt possible. Mais la température est aux environs de 40° et on préfère surseoir.

Malgré le repos, l'hémorragie continue très violente (les pertes ne sont pas fétides). La température dépasse toujours 39°. Comme l'état s'aggrave, je décide cependant d'intervenir, après avoir examiné à fond la malade au point de vue médical, et avoir éliminé ainsi toute cause d'erreur.

Le 13 juin opération sous éther. Les annexes sont tout à fait normales. Quant à l'utérus, il est volumineux, régulier, et c'est le corps seul qui est hypertrophié. L'hystérectomie subtotale basse permet d'avoir la masse en entier, largement dépassée en bas sur un col très long.

Extérieurement, la masse ne présente rien d'anormal. Mais, en la fendant, on trouve, sur le corps entièrement transformé en fibrome, deux cavités très distinctes, pleines d'un magma caséeux. L'une, du volume d'une mandarine, est située près du canal utérin; l'autre, grosse comme une noix, avoisine la face péritonéale. La première se vide dans le canal utérin, avec lequel elle communique. Le tissu du fibrome est couleur feuille morte. La paroi des cavités s'effiloche, franchement mortifiée.

Le soir de l'opération, 37°5. Puis après deux jours à 38°2, apyrexie définitive et guérison très rapide qui se maintient depuis.

Analyse de la pièce (Ranque et Sénès) prélevée sur la cavité principale du sphacèle :

La majeure partie des points examinés sont constitués par un tissu presque caséifié et méconnaissable. Les noyaux des cellules n'ont plus aucune affinité colorante. Il s'agit de mortification rapide. Dans d'autres régions, le tissu fibromateux typique est encore reconnaissable, avec ses volutes péri-vasculaires. Il reproduit l'aspect typique du fibrome ordinaire.

Dans une région très limitée, le tissu conjonctif paraît avoir dégénéré. Il est constitué par des amas de cellules conjonctives, ayant perdu le type musculaire lisse, présentant de très gros noyaux irréguliers avec signes de multiplication rapide. Présence de petits vaisseaux dans les points particuliers. Il semble s'agir d'une région qui était en voie de dégénérescence sarcomateuse.

OBSERVATION IX.

J. FIOLE (Bulletin et mémoire, Société de Chirurgie de Paris).

Mme E..., 40 ans. Deux accouchements, le premier suivi de phlébite, le second terminé par version. Règles abondantes depuis l'âge de 19 ans.

A eu des poussées fébriles, en particulier en décembre 1920. Pendant vingt jours, douleurs violentes, contracture abdominale, 39° environ. On a cru à une annexite. A part quelques poussées depuis cette époque, la température est de 37°4 à 37°8.

A l'examen, fibrome lisse, mobile, volume d'une tête d'enfant.

Opération le 2 juin 1921. Annexes absolument normales, et même réduites de volume. Le fibrome, gros comme une tête d'enfant, présente à la coupe une zone vasculaire, couleur feuille morte, s'affaissant, grande comme une mandarine.

Suites très simples. Plus de fièvre.

OBSERVATION X.

J. FIOLE. *Fibrome révélé et mortifié par un état de grossesse. Accès fébriles. Avortement. Ablation du fibrome. Guérison* (Bulletin et mémoire, Société de Chirurgie de Paris, 1922).

Mme T..., 31 ans, bien réglée jusqu'à son mariage. Un mois et demi après, grande crise abdominale : douleurs violentes, contracture, 38°5 et 39° pendant cinq jours. Un chirurgien appelé constate, à côté de l'utérus augmenté de volume, l'existence d'une tumeur développée à droite. Il diagnostique un kyste à pédicule tordu et une grossesse au début. Le 30 septembre les accidents se reproduisent de la même façon. La température est aux environs de 40° L'utérus est à gauche, la tumeur est à droite.

Le 1^{er} octobre, avortement (trois mois environ) sans incidents très notables. La tumeur persiste.

Mais, dans les semaines qui suivent, la tumeur s'affaisse un peu; et surtout se différencie beaucoup moins du corps utérin. Quant à la température, elle ne baisse pas complètement, malgré l'absence de tout signe utérin (37°5, 38°). Opération le 18 novembre.

On ne trouve pas, comme on s'y attendait, un kyste ovarien, mais un fibrome gros comme une orange, développé dans la paroi latérale droite, et réduisant le reste de l'utérus à une épaisseur infime. La cavité et la paroi gauche sont perdues à la périphérie de sa masse. Il est impossible de songer à la myomectomie, qui ne laisserait qu'une pellicule utérine.

Hystérectomie subtotal. Guérison. Disparition de la fièvre.

L'examen de la pièce montre que le fibrome est nécrobiosé en entier, sans ramollissement. Histologiquement, fibrome mortifié, sans dégénérescence maligne.

OBSERVATION XI.

TÉDENAT et TzÉLEPOGLOU, *la Gynécologie*, février 1921.

Mme Rose V..., 48 ans, réglée à 14 ans, accouchement normal à 24 ans. Depuis sept ans les règles sont très abondantes, pendant huit à dix jours. Le docteur Sarda est appelé auprès de la malade, qui

depuis hier soir a des douleurs violentes dans le ventre, les lombes, et a vomi à plusieurs reprises. Les douleurs sont calmées par un lavement laudanisé, et le second jour (3 mai 1921), la malade peut être examinée. Grosse tumeur peu consistante avec des points durs, des zones fluctuantes. Elle arrive au-dessus de l'ombilic. Diagnostic : kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

Le 12 mai, les accidents de péritonisme sont calmés, et la malade est opérée. Laparotomie médiane. Tumeur rouge sombre avec de grosses veines. En la suivant de haut en bas, on sent qu'elle porte de chaque côté, et en arrière, trompes et ovaires. A sa partie latérale droite, on voit l'utérus comme encastré dans la tumeur, qui est vraiment fluctuante. Amputation au niveau du col. Gros sinus veineux qui donne du sang. La malade succomba le surlendemain au soir.

La tumeur était un grand sac à parois de 3 à 5 centimètres d'épaisseur suivant les points.

Myome rouge très net dans la paroi et dans l'utérus, confondu avec la face droite de la tumeur. Il est bourré de myomes la plupart rouges. Il est doublé de volume. La face interne de la paroi était filamenteuse, avec des saillies irrégulières, du volume d'une noisette, d'une noix.

La poche contenait 6 litres d'un liquide visqueux, noir, riche en hématies, beaucoup à peine reconnaissables.

Il nous parut qu'une torsion de deux tiers de tour avait déterminé une hémorragie dans le gros myome kystifié, probablement avant la torsion.

OBSERVATION XII.

DEMONS et BÉGOUIN (Société de Gynécologie de Bordeaux,
26 novembre 1905).

Mme L..., 49 ans, de La Rochelle, semble avoir un fibrome utérin depuis l'âge de 32 ans. Mais il était peu volumineux, et n'avait déterminé pendant longtemps, que quelques métrorragies légères. Ce n'est qu'à partir de juin 1899, que la malade s'aperçut de l'accroissement rapide de la tumeur. Elle avait des ménorragies et des métrorragies abondantes avec anémie marquée, mais ni douleur ni fièvre. Mme L... vint alors me consulter en juillet 1900.

Je vis une femme au teint jaune, aux muqueuses décolorées, très essoufflée pour avoir monté quelques marches d'escalier.

L'examen local me montra un fibrome utérin interstitiel classique, remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Il était assez mobile et indolent dans toute son étendue, tant du côté de l'abdomen que du vagin. Tous les organes paraissaient sains; les urines ne contenaient ni sucre, ni albumine; il n'y avait pas de fièvre. L'hystérectomie fut proposée et acceptée, la malade demandant seulement un délai d'un mois.

Au bout d'un mois, la malade qui allait bien, vint à Bordeaux. Le soir même de son entrée à la clinique, elle eût 39°4, et la palpation de toute la partie inférieure de l'abdomen était douloureuse. Pas de vomissements, pas de pertes vaginales, que quelques gouttes teintées de sang et sans odeur. Nuit un peu agitée; le lendemain matin 37°2. Ventre moins douloureux. Le soir le thermomètre était à 39°8, et jusqu'au 31 août, il oscillait entre 38°8 le matin et 39°6 le soir. Pas de vomissements, de la constipation qu'il faut vaincre par des laxatifs; quelques pertes vaginales très légères et sans odeur. Le bas-ventre est toujours douloureux. Le toucher ne révèle rien de spécial, mais il est très douloureux quand on pèse sur le fibrome, ou quand on le mobilise. Les urines émises varient entre 800 et 1.200 grammes. Pas de sucre ni d'albumine. M. le professeur Demons, appelé en consultation, porta le même diagnostic, et fut d'avis, lui aussi, de repousser l'opération jusqu'à la cessation des phénomènes inflammatoires péritonéaux.

Du 1^{er} au 8 septembre la malade alla mieux; apyrexie le matin, la fièvre reparait le soir sans dépasser 38°. Le 8 septembre apyrexie complète. Palpation du bas-ventre presque indolore, mais les forces avaient disparu. L'hystérectomie totale fut pratiquée le 15 septembre.

Rien de particulier. Aucune adhérence. Le diagnostic de péritonite que nous avions porté pour expliquer les phénomènes douloureux, ne semblait pas confirmé.

L'examen du fibrome enlevé, nous montra que ces phénomènes devaient être rapportés à une autre cause.

En effet, il était composé d'une masse d'un fœtus à terme parfait.

tement encapsulée, et indépendante de la cavité utérine. Mais cette masse fibromateuse était molle, de couleur lie de vin, d'un aspect absolument semblable à celle que nous venions d'observer quelques jours auparavant, dans les muscles d'une jambe atteinte de gangrène par artérite.

L'examen histologique et bactériologique ne put être fait. Mais l'aspect de cette masse fibreuse était si net, avec sa consistance molle, et sa couleur lie de vin, qu'il n'a pas été douteux, pour M. Demons et pour moi, que nous nous trouvions en présence d'une gangrène au début. La couleur lie de vin et la mollesse, étaient seules limitées à cette masse fibromateuse. Il n'y avait pas de pus. On ne rencontrait pas de veine thrombosée. Les annexes n'étaient pas suppurées. La malade eut le lendemain 37° et le soir 38°2; puis le troisième jour 39°, en même temps qu'il se déclarait une parotidite à droite, et du muguet.

Au niveau de la plaie opératoire, aucune rougeur, aucun empâtement. Le quatrième jour, la température reste à 39° et l'autre parotide se prend à son tour. Du côté de la plaie, du bas-ventre et du vagin, silence absolu. Le cinquième jour, la température tombe brusquement à 37°, les parotides moins douloureuses diminuent de volume. Le lendemain, une diarrhée fétide très abondante se produit. Les parotides marchent franchement vers la guérison. A partir de ce moment, l'intoxication semble avoir disparu définitivement, car jamais jusqu'à sa sortie de la clinique, la malade n'eut de fièvre. Le 22 octobre, Mme L... quittait la maison de santé complètement guérie. Depuis, son état s'est maintenu excellent.

OBSERVATION XIII.

LECÈNE, (*Annales de Gynécologie*, août 1911).

Femme de 47 ans, entrée le 29 mai 1910 à l'hôpital Bichat, dans le service de mon maître le docteur Hartmann, pour une tumeur abdominale douloureuse.

Le 19 mai, brusquement, la malade a été prise d'une vive douleur dans la partie inférieure de l'abdomen, surtout dans la fosse iliaque

droite. Cette douleur a forcé la malade à garder le lit; le 22 mai, les règles sont apparues, elles ont duré plus longtemps que d'habitude, et ont été plus abondantes.

Depuis plusieurs années, la malade avait des règles irrégulières et peu abondantes. Elle a eu quatre enfants à terme entre 18 et 28 ans. La malade actuellement a de la fièvre (38°5 rectale le soir). Le ventre est douloureux, ballonné, surtout dans sa moitié inférieure. Au palper, on sent une tumeur dure, douloureuse, qui occupe l'hypogastre et la fosse iliaque droite. Cette tumeur s'arrête en haut, à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Au toucher vaginal, on trouve le col haut placé, reporté en arrière, il regarde en bas et en arrière. Par la palpation abdominale combinée au toucher, on sent le corps de l'utérus, qui remonte à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic; il est dur, et présente de grosses bosselures; dans le cul-de-sac antérieur on trouve une masse dure et douloureuse, qui fait partie du corps de l'utérus; cette masse semble s'étendre surtout vers la droite, car on la sent aussi dans le cul-de-sac latéral droit; le cul-de-sac latéral gauche est souple et indolent; ni sucre, ni albumine dans les urines. On fait le diagnostic de fibrome compliqué d'infection, ou de nécrobiose de la tumeur; la fièvre ayant cessé, je fais le 11 juin 1910 l'hystérectomie abdominale supra-vaginale, avec ablation bilatérale des annexes; péritonisation complète. Réunion de la plaie sans drainage. Guérison.

L'utérus contient plusieurs fibromes interstitiels et sous-péritonéaux; parmi ces fibromes, deux sont remarquables; l'un interstitiel est développé dans la paroi postérieure de l'utérus et présente une teinte ardoisée très particulière; il est de consistance ferme et bien encapsulé; l'autre sous-péritonéal est plus volumineux et de consistance molle, son centre est tout à fait ramolli et comme liquide; à la périphérie, il y a une teinte mélangée verdâtre et lie de vin. Les annexes des deux côtés sont normales.

L'examen microscopique du fibrome ardoisé et du fibrome verdâtre à centre ramolli montre que, dans les deux cas, il s'agit de nécrobiose des fibres musculaires lisses, avec disparition des noyaux et liquéfaction des corps cellulaires, qui deviennent indistincts, au

milieu des vaisseaux capillaires dilatés, et des hémorragies interstitielles qui parsèment le tissu.

Nulle part il n'existe d'inflammation proprement dite du tissu conjonctif. Les cultures aérobies et anaérobies, faites avec le déliquium, que l'on trouvait au centre du fibrome sous-péritonéal, sont restées stériles; sur les coupes, pas de microbes colorables.

CONCLUSION

I. La nécrobiose ou gangrène aseptique des fibromes de l'utérus donne parfois lieu à des phénomènes morbides sur-aigus, d'allure assez dramatique.

II. Ces accidents aigus consistent en de violentes crises douloureuses abdominales avec péritonisme, d'une durée variant de quelques jours à plusieurs semaines. La température se montre très élevée, atteignant parfois 40°, le teint s'altère rapidement; des pertes sanguines surviennent qui peuvent devenir inquiétantes. Au bout de dix à quinze jours, en général, l'accalmie survient, et l'on a alors le tableau connu des nécrobioses à début insidieux, à forme plus ou moins fruste. Le pronostic n'est pas très sombre; habituellement les symptômes aigus se calment spontanément.

III. Ils sont vraisemblablement dus à la mortification rapide et massive de la tumeur, avec résorption brusque des produits de désintégration cellulaire, sous forme de décharges toxiques, qui vont influencer sur le péritoine et les centres thermiques.

IV. Le diagnostic est souvent difficile à faire en pleine crise, si le fibrome en cause n'a pas été reconnu auparavant. Dans ces cas, on pense généralement, soit à la torsion pédiculaire d'un kyste ovarien, soit à une pelvi-péritonite, soit à une appendicite. Si l'existence du myome est connue, le diagnostic de nécrobiose s'impose. Seule l'infection de la tumeur pouvant prêter à confusion.

V. Le traitement consiste dans l'ablation de la tumeur spha-

célée par l'hystérectomie abdominale, et dans certains cas rares par la myomectomie. Si les accidents deviennent inquiétants, on peut opérer en pleine crise. Cependant, dans la généralité des cas, on est amené à attendre la cessation des accidents aigus pour opérer « à froid », avec toutes chances de succès.

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président.
P. BÉGOUIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 10 juillet 1925
Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN. — Fibrome ayant subi la transformation nécrobiotique. *Lyon médical*, 1913.
- AUCHÉ et BRAINDAIS. — Sphacèle aseptique des fibromyomes utérins. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1909.
- BARBIER. — Contribution à l'étude du sphacèle des fibromyomes utérins au cours de la grossesse. Thèse de Bordeaux, 1919-1920.
- BARBOUTH. — Étude clinique et histologique sur la nécrobiose aseptique des fibromyomes de l'utérus. *Revue de chirurgie de Paris*, 1912.
- BÉGOUIN. — *Journal de médecine de Bordeaux* 1909, XXXIX, p. 261-263.
- La nécrobiose des fibromes utérins. *Par s médical*, juin 1922.
- BISCH. — La gangrène des fibromyomes utérins non pédiculés. Thèse de Paris, 1901.
- BUSHNELL. — Red degeneration so-called necrobiosis of a fibromyoma of uterus. *British medical Journal*, London, 1903.
- CHAVANNAZ. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1907, XXXVII.
- Sphacèle latent et à foyers multiples dans un myome utérin. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1907.
- CROUSSE. — Un cas de fibromyome rouge à évolution rapide. *Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, Bruxelles, 1912-1913.
- DELFOURD, PÉLISSIER et CAVANIOL. — Fibrome sphacélé du corps utérin. *Bull. Soc. obstét. et gynécol. de Paris*, 1924.
- FIOLLE. — Fibromes hyperthermisants. *Bull. et mém. Soc. de chirurgie de Paris*, 1922.
- FORGUES et MASSABUAU. — Nouveau traité de chirurgie de Le Dantec et Delbet, t. XXXIV, p. 266-268.

- FREUND. — *Centralblatt fur gyn...*, 1900.
- GAMBIER. — Des fibromes utérins interstitiels nécrobiosés. Thèse de Bordeaux, 1908-1909.
- GHINEVA (M^{lle}). — De la gangrène des fibromyomes utérins sous-muqueux non pédiculés. Thèse de Montpellier, 1906.
- GUGGISBERG. — Berne. *Schweizerische medizinische Wochenschrift*, 1921.
- LECÈNE. — Nécrobiose. Suppuration et gangrène des fibromyomes. *Annales de gynécologie*, août 1911.
- LEROUX. — Contribution à l'étude de la nécrobiose des fibromyomes de l'utérus au cours de la grossesse. Thèse de Paris, 1923.
- LOUBAT. — Césarienne suivie d'hystérectomie pour fibrome utérin en nécrobiose. *Bull. Soc. obstét. et gynécol. de Paris*, 1923.
- MAZET. — Gros myome rouge encapsulé de l'utérus à évolution rapide. *Lyon médical*, 1911.
- MICHEL. — Myome rouge encapsulé de l'utérus. *Bulletin de la Soc. d'obstét. et de gynéc. de Paris*, 1912.
- MITCHNIK-EPHURSSI (Charlotte). — Ueber Nekrose der Uterus myome. Thèse de Berlin, 1907.
- POLLOSSON et VIOLET. — Deux cas de myomes rouges encapsulés. *Lyon médical*, 1905.
- PY. — Contribution à l'étude des myomes rouges de l'utérus. Thèse de Montpellier, 1913.
- ROGER. — Traité de pathologie générale de Bouchard et Roger, t. III.
- SCHAUTA. — Myomnekröse. *Wien. klin. Wchnschr.*, 1917.
- SHICKELÉ. — *Bulletin de la Soc. d'obstét. et de gynéco'. de Paris*, 1924, p. 214-216.
- SILHOL et BOURDE. — *Marseille médical*, 1923.
- TÉDENAT et TZELEPOGLON. — Myomes utérins en dégénérescence rouge. *La Gynécologie*, février 1921.
- TIXIER et MURARD. — Inflammation et nécrobiose dans les fibromyomes. *Lyon médical*, 1913.
- TROTABRAS. — De la nécrose et de l'infection larvées dans les fibromyomes utérins. Thèse de Lyon, 1911.
- VENOT et LOUBAT. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1913.

